VRN-C-20-11-0953

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE (Healthcare)
सहायता हेतु आवेदन प्रारूप (स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika foundation

APPLICATION No. आवेदन संख्या :	V/122-0 / 0188	APPLICATION DATE आवेदन तिथी	30/11/20
NAME of APPLICANT आवेदक का नाम	chiddi	AGE-YEARS आयु वर्ष	66
		SEX लिंग	M



Preop Postop

(0188) Chiddi

FATHER'S/SPOUSE'S NAME पिता/पति का नाम : Ramswarup

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासीय पता

Taseli kalna, Aruwa banger

Distt Mathura, UP 281202

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS स्थाई आवासीय पता

Same as above

OCCUPATION : व्यवसाय Farmer

MARRIED (विवाहित) / UNMARRIED (अविवाहित)

TOTAL ANNUAL INCOME : कुल वार्षिक आय 2000/-

(Attach Proof of Income) (आय का साक्ष्य संलग्न) NA

PAN No. स्थाई खाता संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable)
क्या आप आय कर दाता है (जो लागू हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No
हाँ / नहीं ✓

FAMILY DETAILS परिवार विवरण

Sr. No. क्रम संख्या	Name of Family Member परिवार के सदस्यों का नाम	Age (Years) उम्र (वर्ष)	Gender लिंग	Relation with Applicant आवेदक के साथ सम्बंध
1	Omwati	63	F	Wife

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)
सहायता के लिए विनति आधार

BPL Card (Attach Card Copy) गरीबी रेखा के नीचे प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कापी प्रति संलग्न करें)	EWS Certificate (Attach Certificate Copy) कमजोर आय वर्ग प्रमाण पत्र (प्रमाण पत्र की कापी प्रति संलग्न करें)	Ration Card (Attach Copy) राशनकार्ड (प्रमाण पत्र की कापी प्रति संलग्न करें)	Any Other Basis/Proof अन्य कोई साक्ष्य

'PURPOSE' for REQUESTING ASSISTANCE
सहायता हेतु किये गये विनती का उद्देश्य

Sr. No. क्रम संख्या	Medical Reports/Prescriptions Attached अस्पताल/डॉक्टर से प्राप्त की गई प्रतिलिपि सूची संलग्न
	RE – Senile Cataract
	LE – Senile Cataract
	Surgery – (LE) SICS + IOL

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME 'PURPOSE' from OTHER SOURCES
इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्त्रोत से लिया गया है?

Sr. No. क्रम संख्या	NAME of OTHER SOURCE अन्य स्त्रोत का नाम	AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED ली गई सहायता राशी
1	DBCS	20000/-

DECLARATION by APPLICANT आवेदक द्वारा घोषणा गया:

1) I hereby confirm that all details in this Form are true to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assista... liable for rejection/cancellation.

2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose" as stated in this Form for which such assis... was requested by me.

3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company or the or... to which this assistance is requested.

1) मैं घोषणा करता हूँ कि इस प्रारूप में दिए गये सभी विवरण मेरी जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही है। यदि कोई मिथ्या एवं कथन अन्यथा पाया जाता है तो मेरी सहायता रोकर की जा सकती है...

2) मैं इस बात की घोषणा करता हूँ कि "कोशिका फाउंडेशन", से मैं जो भी सहायता प्राप्त करूँगा/करूँगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिए किया जाएगा जो इस प्रारूप में दर्ज है।

3) मैं पुष्टि करता हूँ कि जिस अस्पताल (s) पर आपने भर्ती हुआ हूँ, उस राशि का आंशिक या सकल हिस्सा किसी अन्य प्रोफेशनल/कर्मचारी कम्पनी से न तो लिया है और न ही भविष्य में लूँगा।

AGREEMENT by APPLICANT (आवेदक द्वारा करार)

1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorise Koshika Foundation and its Trustees to use/publish/post-up/promote my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donations for Koshika Foundation and/or disseminating information about its activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfilment of the "purpose" for which assistance is being requested.

2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision in this regard will be final and acceptable to me.

1) इस प्रपत्र पर अपने हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान लगाकर, मैं (आवेदक) अपनी सहमति की पुष्टि करता हूँ इस "कोशिका फाउंडेशन और उसके न्यासियों " को अधिकृत करता हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और जो विवरण इस प्रपत्र में दीगित है, उसे "कोशिका" एवम् उसके न्यास, एन, माध्यम/या इसमें उद्देश्य से जुड़ी गतिविधियों और उपलब्धियों के लिए किसी भी प्रचार माध्यम से प्रचारित करने के लिए अधिकृत है। मेरे फोटो का विवरण मेरे इलाज के पहले या बाद में करने के लिए "कोशिका फाउंडेशन" को पूरी अधिकृत है

2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, फोटो और विवरण की कि सहायता के उद्देश्यों से प्राप्ति है मुझे स्वतः सहायता का हकदार नहीं बनाता। इस सम्बंध में "कोशिका" एवम् उसके न्यासियों का निर्णय अंतिम और बाध्यकारी होगा।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION :
आवेदक के हस्ताक्षर या अंगूठे का निशान

AGREEMENT by HOSPITAL (अस्पताल द्वारा करार)

By affixing hereunder signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case as we are requesting to get from Koshika Foundation. In the event that such assistance is granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.

2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure administered by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

इसमें अधिकृत, हस्ताक्षरों की ओर से मरीज/मरीजा को "कोशिका फाउंडेशन" से वित्तीय सहायता हेतु सिफारिश की जाती है, जिसे हम (अस्पताल) निम्न प्रकार से सत्य व स्वीकार करते हैं।

1) यह कि न तो वर्तमान और न ही भविष्य में विगत हमारे किसी गैर सरकारी संस्थान या किसी अन्य स्रोत से उक्त रोगी/मरीजा के लिए ले रहे हैं, जैसे कि हमने "कोशिका फाउंडेशन" से सिफारिश/विनति उक्त के सम्बन्ध में "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा प्राप्त हेतु कि है। यदि "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा पूर्णतया जिसमें आंशिक/सकल हेतु स्वीकृत नहीं किया जाता है तो अस्पताल किसी अन्य गैर सरकारी संस्था या किसी अन्य स्रोत से सहायता लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है इस पुष्टि में स्पष्ट किया जाता है कि अस्पताल द्वितीय पक्ष, इस रोगी/मामले हेतु किसी गैर सरकारी संस्था या फिर अन्य साधन से नहीं लगायेगा।

2) "कोशिका फाउंडेशन" से जो भी सहायता केवल चिकित्सा प्रकृति की है। रोगी का अस्पताल द्वारा दी गई सलाह या किये गये उपचार/प्रक्रिया का चुनाव रोगी एवं अस्पताल के बीच का विषय है और "कोशिका फाउंडेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई प्रभाव नहीं है। इसलिये इसपर में रोगी के इलाज सुरक्षा और अन्य बातों की सारी जिम्मेदारी रोगी एवं अस्पताल की होगी और "कोशिका" की कोई भूमिका या जिम्मेदारी इस मामले में नहीं होगी।

RECOMMENDED FOR ACCEPTENCE
स्वीकृति के लिए संस्तुति

Date of Surgery ऑपरेशन की तारीख	(Name of Dr. & Regn. No. with Stamp) डाक्टर का नाम व हस्ताक्षर व रजि. नं.	(Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital) नाम व पद-अस्पताल अधिकृत अधिकारी
01/12/20	DR. SACHIN SHARMA MBBS, DNB, Fellowship Reg. No. [illegible]	

FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION आंतरिक उपयोग हेतु

SIGNATURE of TRUSTEE 1 न्यासी हस्ताक्षर 1	SIGNATURE of TRUSTEE 2 न्यासी हस्ताक्षर 2